Lane Medical Library

Ueber

# Descensus und Prolapsus uteri

## in aetiologischer, symptomatologischer und therapeutischer Beziehung.

Auf Grund des innerhalb der letzten 6 Jahre in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu München zur Beobachtung gelangten Materials.

---

**Inaugural-Dissertation**

zur

Erlangung der Doktorwürde

**in der Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe**

der

Hohen medicinischen Facultät

der Königl. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des

**Herrn Geheimrath Professor Dr. Winckel**

vorgelegt von

**Paul Leverkühn.**

---

München
Verlag von J. F. Lehmann
1891.

Seinem lieben Onkel

**Herrn Sanitätsrath Dr. Max Flügge**

in Hannover

in herzlicher Dankbarkeit

zugeeignet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154014_0223

. . . The uterus is situated almost directly above the vagina; and the entire absence of any ligaments to suspend it place it in a position of the greatest mechanical disadvantage, especially when congested and depressed by stays. Unsupported, it frequently bends forward or backwards, or even drops into the cavity of the vagina, and there finding nothing to obstruct it, becomes completely prolapsed. Mit diesen wenigen Worten charakterisirt der grosse englische Zootom und Physiologe A. H. Garrod[1]) gelegentlich in einem Essay »über den Mechanismus der Intervertebral-Substanz und einige Wirkungen der aufrechten Haltung des Menschen« die Naturgeschichte des Vorfalls, eines Leidens, welches, wahrscheinlich so alt als das Menschengeschlecht, doch erst relativ spät von den Aerzten erkannt und beschrieben wurde.

Vom darwinistischen Standpunkte aus kann man sogar sagen, dass das Leiden älter als das der Menschen sei, wenn auch selten Fälle von Prolaps bei Thieren zur Beobachtung kamen; damit ist nicht gesagt, dass sie selten sind, da den Krankheiten der Thiere erst seit verhältnissmässig sehr kurzer Zeit wissenschaftliche Aufmerksamkeit gewidmet wurde. So fand man speciell in zoologischen Gärten, in dem die ganze Biöcenose des Thieres eine empfindliche Veränderung erleiden musste, — wodurch wir vielleicht auf den Grund der Affection in diesen Fällen geführt werden könnten, — prolapskranke Anthropoiden, ein Umstand, der möglicherweise auch in dem oft constatirten Reizen der Genitalien bei Affen in Gefangenschaft eine Erklärung finden mag. Wir selbst sahen im zoologischen Garten zu Hannover

1) Proceedings of the Zoological Society of London. 1877. S. 292. — Garrod, In Memoriam. The collected scientific papers of A. H. G. Edited by W. A. Forbes. London, 1881. Porter. S. 410.

Anfang der 80er Jahre eine Wölfin mit totalem Prolaps, bei welcher die oft wiederholten Coitusversuche des Männchens (zur Belustigung des Publikums!) regelmässig scheiterten.

Bei Hausthieren hat man das Leiden häufiger beobachtet; der seltsame alte Name »Mondkalb« rectius »Mohnkalb« scheint den von den heutigen Veterinären sogenannten »Tragsackvorfall« bedeutet zu haben; wenigstens lässt sich eine köstliche Stelle im alten Colerus[1]) über »eine Missgeburt bei den Kühen | dass die Bawren Mohnkälber nennen« nicht gut anders deuten. Wir führen hier nur die Thierarten an, über welche die Literatur der Thierärzte berichtet. Oft ward der Vorfall bei Kühen[2]) und Pferden,[3]) mehrfach bei Schafen,[4]) Ziegen[5]) und Schweinen,[6]) seltener bei Hunden[7]) und Katzen[8]) beobachtet. —

---

1) Oeconomia ruralis et domestica. Mayntz 1545. Eylfftes Buch Bvcolvs. XXVII. Cap. Von Mohnkälbern. (Was sich bisweilen vor vnrath vnter dem Kalben zuträgt.) S. 497.

2) Sauberg, Magazin von Gurlt und Hertwig, 1869. S. 16. Shaak, Hering's Repertorium, 1866. S. 326. Johne, sächsischer Jahresbericht, 1872. S. 136. Ritz, Arch. f. wiss. Thierheilkunde I. Hf. 3—4. Voigtländer, sächs. Jahresber. 1863. S. 57. Laubender, theoret. prakt. Handbuch der Thierheilkunde III. S. 450. Willburg, Anleitung zur Erkenntniss und Heilung der Krankheit des Rindviehs. 8. Aufl. Nürnberg 1823. S. 281. Ackermann, sächsischer Jahresber. 1868. S. 102. Banchi, Journ. de méd. vét. 1870. Binz, thierärztl. Geburtshülfe, S. 252. Block, Canst. Jahresber. 1852. S. 65. Ceuster, Ann. de méd. vét. 1866. S. 588. Clavérie, Canst. Jahresber. 1860. S. 52. Génée, ibid. 1860. S. 52. Van Hacken, Ann. de méd. vét. 1863. Jenne, Binz Geburtshülfe, S. 252. Ledru, Réc. de méd. vét. 1866 Moens, Mittheilungen aus thierärztl. Praxis im preuss. Staate 1863—64. S. 161. Turquet, Réc. de méd. vét. 1868. Serres, Journ. des vét. du Midi 1838, S. 277.

3) Schüller, Oester. Viertelsjahresbericht 1858. XI. S. 17. Obich, Wochenschr. für Thierheilkunde und Viehzucht von Adam 1869. S. 106. Kahlert, Geburtshülfe, S. 266. Anm. Franck, Handbuch der thierärztlichen Geburtshülfe. Berlin 1876. S. 465—491. Fig. 106—114. Andersen, Tidskrift for Veterin. von Bendz by Bagge 1866. Boyer, Clinique vétér. Tom. IX. S. 137.

4) Barnes, Veterinarian 1871.

5) De Block, Canst. Jahresber. 1862. S. 65.

6) Frick, Schweizer Archiv XII. S. 249. Dickens, Veterinarian 1855. S. 130. Clavérie, Thierarzt von Anacker 1865. S. 62. Walter, Canst. Jahresber. 1859. S. 54.

7) Cros, Réc. de méd. vét. 1832. S. 599. Gros-Claude, Mag. von Gurlt und Hertwig, Suppl. 1856. Lafosse, Journ. de vét. du Midi 1866. S. 244. Olver, Veterinarian 1872. Thos, ib. 1866.

8) Rueff, Geburtshülfe. 5. Aufl. S. 326.

Wir begnügen uns hier, auf die neueste illustrirte Monographie des Scheiden- und Gebärmuttervorfalls, soweit es sich um die Schilderung der pathologisch-anatomischen Veränderungen handelt, aus der Feder A. Martin's[1]) hinzuweisen und fassen das uns vorliegende Material aus der königlichen Universitäts-Frauenklinik zu München von 50 Fällen von Descensus und Prolapsus uteri in ätiologischer, symptomatologischer und therapeutischer Beziehung näher in's Auge.

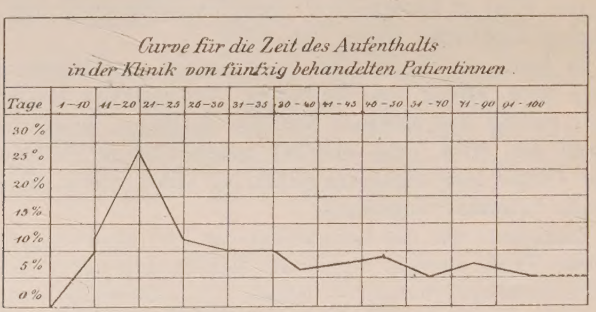
Es kann nur im Rahmen einer solchen casuistischen Arbeit liegen, sich streng an diejenigen ätiologischen Momente zu halten, welche das specielle Material darbietet, wodurch es zu erklären sein wird, dass mancher anderweitig in Betracht kommende Factor hier nicht angeführt ist; über solche ist die betreffende Literatur angezogen.

Betrachten wir das Lebensalter der Patientinnen, gerechnet von dem Tage, an dem sie in die Behandlung der k. Universitäts-Frauenklinik traten, — nicht also: überhaupt ärztlicher, auf welche zurückzugreifen, neben erheblichen formalen Schwierigkeiten, zu ungenaue Resultate geben dürfte, — so zeigt sich, dass die meisten Fälle sich innerhalb der Zeit der besten Entwickelung der weiblichen Geschlechtssphäre abspielen. Bei dieser und den folgenden Betrachtungen sprechen wir von Descensus und Prolapsus zusammen, da eine Differentirung nicht überall zweckmässig, auch nicht exact durchführbar erschien. Innert der ersten 20 Lebensjahre ward kein Vorkommen des Leidens constatirt. Für die folgenden Zeiten giebt die nachfolgende kleine Tabelle mit Angabe der Anzahl der Fälle und der respectiven Percentsätze Aufschluss:

| Lebensjahre | Anzahl der Fälle | Percente | Verdier[2]) | Walcher[3]) |
|---|---|---|---|---|
| 16—20 | — | — | 7 | 3 |
| 21—30 | 8 | 5 % | 45 | 36 |
| 31—40 | 12 | 30 % | 57 | 105 |
| 41—50 | 13 | 32,5 % | 25 | 106 |
| 51—60 | 5 | 8 % | 18 | 49 |
| 61—70 | 2 | 5 % | 9 | 25 |
| 71—75 | — | — | 0 | 4 |
| Summa | 40 Fälle = Personen 161 | | | 328 |

Note 1, 2 und 3 siehe nächste Seite.

Hierbei muss bemerkt werden, dass Patientinnen, welche mehr als einmal in Behandlung traten, unter Umständen in mehreren »Fällen« weiterhin auftreten. In der kleinen Uebersicht über die Lebensalter sind dagegen die Zahlen für »Fälle« und Patientinnen identisch. Aus derselben ergiebt sich die folgende Kurve für das Alter in Percenten:




Wie bei dem nur wenige Jahre umfassenden Material nicht anders zu erwarten, erhalten wir aus einer Rubricirung der Fälle auf die Einzeljahre keinen besonderen Aufschluss; immerhin erscheint aber im Interesse späterer statistischer Berechnungen nicht ohne Wichtigkeit, auch in dieser Richtung zu disponiren:

Häufigkeit der Fälle nach Jahren.

| Jahr | Fälle | Davon früher schon in Behandlung gewesen |
|---|---|---|
| 1884 | 6 | — |
| 1885 | 9 | 3 |
| 1886 | 7 | — |
| 1887 | 15 | 3 |
| 1888 | 6 | 2 |
| 1889 | 4 | 1 |
| 1890 | 2 | — |

1) Ueber den Scheiden- und Gebärmuttervorfall. — Volkmann, Samml. klin. Vorträge. Nr. 183—184. (3. und 4. Heft der VII. Serie.) Gynäkologie Nr. 54. Ausgegeben den 28. Juli 1880. Leipzig, Breitkopf und Härtel. 41 Seiten. (S. 1435—1475.)

2) Traité pratique des hernies, déplacements et maladies de la matrice. Paris 1840.

3) Senkung und Vorfall von Scheide und Gebärmutter sowie die veralteten Dammrisse. Tübingen 1887. S. 36—37. Nach einem Material von 331 Fällen. (Ib. S. VI.)

Von ganz entschiedener Bedeutung für die Entstehung von Descensus und Prolaps ist das Vorhergehen von Geburten,[1]) sowie der Verlauf des Wochenbettes. Unter unseren 40 Kranken haben nicht weniger als 35 überhaupt schon geboren, darunter eine Zwillinge; 5 sind nulliparae; dabei findet sich die hohe Zahl von 11 je nur einmal mit der Zange entbundenen unter im ganzen 1 Mal bis 9 Mal entbundenen, ein Umstand, der besondere Beachtung verdient. In 2 Fällen kamen Frühgeburten, bei einer Patientin eine Fehlgeburt vor. — Wenn schon die durch die Schwangerschaft bedingte Ernährungsveränderung und Hypertrophie der Scheidenwände als praedisponirend anzusehen ist, so wird der gewaltsame Akt der Geburt erst, zumal wenn er durch die Natur erschwert ist (wenig geneigtes oder sehr weites Becken, welche vielleicht an und für sich schon vorbereitend wirken[2]) und durch Kunsthülfe (Forceps, Extractio) zu Ende geleitet werden muss, die Wege für eine Procidenz bahnen, vollends wenn die Behandlung im Puerperium eine ungenügende ist. Und letzteres dürfen wir bei den in einer öffentlichen Klinik Hülfesuchenden, meist den ärmeren Bevölkerungsklassen angehörenden Frauen auch dann annehmen, wenn sie es bei der Aufnahme der Anamnese nicht selbst berichteten oder es bestritten. Ein zu frühes Verlassen des Wochenbetts gaben hie und da die Patientinnen freiwillig zu. Hieher wären auch die bei Martin[3]) betonten abnormen Belastungszustände während des Puerperiums durch die ausgedehnte Blase und den prall gefüllten Mastdarm zu rechnen, auf deren rechtzeitige und häufige Entleerung aus socialen Gründen eben nicht die nothwendige Sorgfalt verwandt wird: Dinge, die natürlich anamnestisch bei diesen Kranken nicht zu Tage treten werden. Es kommt hinzu, dass erwiesenermassen Defäcation und Diurese kurz nach der Geburt den Frauen nur unter beträchtlicher

---

1) Angeborener Prolaps ist eine rara avis! Den ersten sicheren Fall von Prolapsus uteri ex hypertrophia portionis intermediae et supravaginalis ist in Winckel's Lehrbuch 2. Aufl. 1890 S. 334 beschrieben Fig. 79 und 80. Das Präparat stammt von einem ausgetragenen Kinde, das an den Folgen einer congenitalen Spina bifida wenige Tage p. p. zu Grunde ging. Die früheren beiden Fälle (Henig-Saviard, Villaume) sind mehr weniger zweifelhaft. Einen 2. Fall beschrieb Quiesling. (Centr. für Gyn. 1890 Seite 312.)

2) Winckel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig, Hirzel. 1886. S. 286. II. Aufl. 1890. S. 337.

3) L. c. p. 1438 (4).

Mithülfe der Bauchpresse von Statten gehen, ein Grund mehr, um beides ungebührlich aufzuhalten.

Welchen Einfluss aber die Bauchpresse auf den Vorfall als ätiologisches Moment hat, ist hinlänglich bekannt. Fast stets werden wir einem Umstande die ganze Schuld nicht beimessen dürfen; in der Regel treffen mehrere prädisponirende und occasionelle zusammen. So sehr oft: Schwangerschaft, schlecht gepflegtes Wochenbett[1]) und Ueberanstrengungen der Bauchpresse. Die letzteren in Verbindung mit der ersteren gaben spontan 20 Kranke an. Sie bemerkten, dass sie meist am 3. Tage nach der Geburt ihren gewohnten Beschäftigungen nachgegangen wären.

Die Art und Weise, in welcher jene Ueberanstrengung stattfindet, ist verschieden; gewöhnlich wird die Kräfte übersteigendes Heben, Tragen zu grosser Lasten, schwere körperliche Arbeit, Sich-überheben u. a. angegeben. In manchen Fällen führen die Leidenden den Beginn ihrer Erkrankung auf eine ganz bestimmt von ihnen im Gedächtniss bewahrte Gelegenheit zurück. So nennt Winckel[2]) das Heben eines mit Kartoffeln gefüllten Sackes, das lange Hinaufreichen schwerer Garben auf einen Erntewagen, starkes und langes Graben in hartem Boden — Beschäftigungen, welche durch die damit verbundene ruckweise Erschütterung des Organismus doppelt schädlich wirken können. Paul Junius[3]) erwähnt in seiner fleissigen Dissertation: »Zusammenstellung einer Anzahl perineoplastischer Operationen aus der Klinik des Herrn Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Winckel«, auf welche wir im folgenden mehrfach zurückkommen werden, eine Patientin, welche vom Tragen eines schweren Korbes Wäsche in eine dritte Etage den Anfang ihrer Krankheit datirte. Aehnlich gab eine sonst gesunde 25jährige als Anlass ihres Prolapses die einmalige Herabnahme eines schweren Milchkübels von einem Wagen an und eine 50jährige Kranke behauptete, das Heben eines schweren Divans 12 Jahre vor Beginn ihrer Beschwerde sei der Grund ihrer Affection. Eine andere machte das Heben eines schweren Mehlsackes, eine vierte das ungeschickte Anziehen eines Schuhes (!) für den mit plötzlichem Druckgefühl seinerzeit eröffnenden Vorfall verantwortlich.

1) Eine besonders hohe ätiologische Bedeutung spricht dem Wochenbett an und für sich Walcher (a. a. O. S. 31) zu.

2) Lehrbuch S. 285. 2. Aufl. 1890. S. 336.

3) München, 1891. 54 Seiten. — S. 10.

Ob nicht zuweilen die Disposition gewissermassen schlummernd im Körper liegt, ist wohl nicht mit Bestimmtheit zu verneinen. So giebt z. B. eine Patientin, welche einmal geboren hatte, an, dass sie damals post partum ein heftiges Gefühl des Herabrückens verspürt und 6 Jahre später beim Heben eines schweren Gegenstandes zum ersten Mal einen Vorfall bemerkt habe!

Wie schon hervorgehoben wurde, treten prädisponirende und occasionelle Momente meist zusammen in Kraft; bei 13 unserer Kranken war beides zu constatiren, bei einer nur ein zu starkes »Lupfen«, wie der bayerische Provinzialismus für zu intensives Heben etc. lautet.

Wir erwähnten vorhin en passant, dass das Anhalten von Koth und Harn während des Wochenbettes als vorbereitend für nachherigen Vorfall anzusehen sei; in noch höherem Grade gilt dies von allen pathologischen Störungen in der Darmentleerung, ausgesprochener Obstipation, wie sie allerdings nur in einem Falle in eminenter Weise zur Beobachtung gelangte. Hier ward gleichzeitig durch 14tägige Verstopfung der vorher reponibele Prolaps irreponibel. Auf die Bedeutung dieses Factors speciell während des Wochenbettes wiesen Winckel[1]) und Martin[2]) hin.

Aus der Zeit der Schwangerschaft und des Puerperiums datiren noch eine Anzahl weiterer prädisponirender ätiologischer Momente; abgesehen von den in unserem Material nicht zu verzeichnenden »ungeeigneten Kunsthülfen« bei vorhergehenden Geburten[3]) kommen zunächst Dammrisse ersten, zweiten und dritten Grades in Betracht; die letzteren jedoch nur in seltenen Fällen. Man kann meist nur aus Narben auf Dammrisse schliessen; oft werden sie auch gänzlich verheilt und unsichtbar sein. In zwei Fällen fanden sich deutliche Spuren eines Dammrisses, beide Male nach einer mit der Zange entwickelten Geburt;[4]) in anderen Fällen waren frühere Dammdefecte mehr weniger wahrscheinlich. — Ferner ist hieher der nach dem normal verlaufenen Wochenbett sich schon einstellende Schwund des Fettpolsters und die in hohem Alter sich einfindende Atrophie der Weichtheile zu zählen, wie wir sie in einem Falle bei einer

1) Lehrbuch S. 287. 2. Aufl. 1890. S. 337.
2) L. c. p. 1438/9 (4/5).
3) Ibidem p. 1439/40 (5/6).
4) Krankenjournal 1884 Nr. 31 und 1887 Nr. 140.

66jährigen IX. para constatiren konnten.[1]) Der bei Martin[2]) pointirte zu frühe congressus sexualis wird in den seltensten Fällen — und wohl nur bei verheiratheten Patientinnen — anamnestisch zu fixiren sein, wesshalb es erklärlich erscheinen wird, wenn unser Material, dessen jüngstes Mitglied ausserdem schon 23 Jahre zählt, keinen Beitrag dazu liefert. Ebenso können wir die Notiz in Eulenburg's[3]) Real Encyclopädie der gesammten Heilkunde über Masturbation als ätiologisches Moment auf Grund unseres Materials nicht verificiren.

Wir kommen nunmehr zu einer anderen Gruppe ätiologischer Vorstufen, nämlich der auf pathologischer Basis beruhenden. Die Patientin kann durch schwere Störungen in der Genitalsphäre für Vorfall vorbereitet sein, oder in ihrer Gesammtanlage dazu Bedingungen in höherem Grade erfüllen, als andere, oder endlich vorausgegangene Affectionen anderer Körpersysteme sowie Operationen in ihnen und am Geschlechtsapparat können dem Descensus und Prolapsus uteri Thür und Thor geöffnet haben.

Unter die schweren Störungen rechnen wir zunächst die Neoplasmen verschiedener Art und speciell wachsende Tumoren. So beherbergte eine Octopara seit 14 Jahren einen Ovarialtumor, neben welchem sich endlich ein Vorfall entwickelte. Bei einer anderen wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf die gleiche maligne Geschwulst gestellt. Die Autopsie, »die alles lehrt«, ergab denselben Befund (einseitig) bei einer dritten. Solche Tumoren können neben der Gravidität bestehen und schliessliche Procidenz bewirken. — Trotzdem kommen Ovarialgeschwülste und Tumoren bösartiger und benigner Natur so oft vor, ohne gleichzeitigen Prolaps, dass wir diesem Momente nur wieder eine allein nicht Ausschlag gebende Bedeutung beimessen dürfen. Martin[4]) führt vorsichtigerweise nur 2 Fälle aus seiner

---

1) Krankenjournal 1887 Nr. 28. Ueber die Bedeutsamkeit des Fettpolsters vgl. Walcher (a. a. O. S. 19).

2) L. c. p. 1437 (3).

3) Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für prakt. Aerzte. 2. Auflage. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg. Band XX. 1890. S. 471. (Artikel Uterus.) Ueber die gleiche Ursache bei Nonnen vgl. Beigel (Die Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. Stuttgart 1875 S. 293) während der biedere Klinge dem vielen Stehen und Singen (!) der frommen Nonnen die Schuld giebt. (Diss. de procidentia uteri usuque pessariorum in hoc morbo. Gottingae 1787.)

4) L. c. p. 1439 (3).

grossen Praxis an, in denen er beide Uebel in Causalnexus zu einander setzt. — Ascites, der dieselbe Veranlassung laut Winckel[1]) haben kann, kam in unserem Material nur einmal vor; gar nicht dagegen die seltenen gestielten Tumoren an den Muttermundslippen oder im Cervicalkanal.[2]) Auf die Natur des Beckens als disponirendes Moment ist schon oben hingewiesen. Lange Uterusbänder und Retroversions- und Retroflexions-Stellung wirken durch die weiteren Excursionen, welche sie dem Organ gestatten, ebenfalls vorbereitend. Chronisch sich entwickelnde Hypertrophie wird bei Martin geltend gemacht.[3]) So wenig Werth die Angaben der Kranken über früher bestandene Leiden hinsichtlich exacter und zutreffender Diagnosticirung auch haben, so wollen wir doch auf sie sowie die neben dem Vorfall einhergehenden, von ihm unabhängigen Affectionen mit wenigen Worten eingehen. Eine Patientin will früher eine Lungenentzündung gehabt haben, eine andere litt in der That gleichzeitig an Pneumonie, eine andere an Cystitis, eine weitere an Uterusfibroid, eine fünfte war mit Uterus bicornis ausgestattet; zwei Frauen gaben an, früher unter Krebsleiden ausgestanden zu haben, wie sie auch re vera beide Carcinomatose der Gebärmutter noch bei Aufnahme in das Spital producirten. Auf diejenigen Fälle, welche in der Behandlung starben und gemäss Obductionsbefund an anderer Todesursache eingegangen waren, kommen wir später zu sprechen. — A. Mayer[4]) constatirte Uterusprocidenz in der Reconvalescenz von der Cholera. Nach Ruysch,[4]) Whyte,[4]) Deschamps[4]) und B. S. Schultze[4]) unterstützen Blasensteine den Zug der beiden Scheidenwände, specielle Fälle derart beschrieben in neuerer Zeit A. L. Galabin[5]) und Eyster.[6]) In Eulenburg' Encyclopädie[7]) wird betont, dass Metritis colli chronica eine Verlängerung der Uterusaxe veranlasse, wodurch wiederum Descensus bis Prolapsus

1) Lehrbuch S. 285—286. 2. Aufl. 1890. S. 336—337.
2) Winckel, Lehrbuch S. 287. 2. Aufl. 1890. S 337.
3) L. c. p. 1441 (7).
4) Nach Winckel's Lehrbuch S. 286. 2. Aufl. 1890. S. 337.
5) Multiple vesical calculi the sequel of prolapsus uteri. In: Transactions of the Obstretical Society of London (1880) 1881. Vol. XXII. S. 106—108.
6) Procidentia uteri; passage of numerons calculi from the bladder. In: Maryland Medical Journal. Baltimore. 1880—1881. Vol. VII. S. 352.
7) Band XX. 1890. S. 471. Artikel Uterus.

eingeleitet würde. In der That fanden wir mehrfach Elongatio colli bei unseren Patientinnen, die vielleicht auf früher absolvirte chronische Metritis zurückzuführen wäre.

Schwer zu entscheiden wird es meistens sein, ob nach einer Operation, sei es auf dem speciell in Betracht kommenden Krankheitsfelde (also in Recidivfällen), oder auf anderen, der erneute, resp. nunmehr auftretende Vorfall eben mit auf jene Operation zu beziehen sein kann. So trat eine Leidende[1]) vier Monate nach ihrer Entlassung aus der Prolaps-Behandlung wegen erneuten Vorfalls in die Anstalt ein, nachdem sie mittlerweile ovariotomiert worden war. Eine andere[2]) gab an, sie sei drei Jahre zuvor wegen ihres Vorfalles schon operirt, und trotzdem habe sich inzwischen schon 5 Mal wieder der Vorfall eingestellt. Hernien, einschliesslich der Cysto-, Recto-, und Ovariocele darf man kaum als ätiologisches Moment verwerthen; vielmehr liegen die Verhältnisse von Ursache und Wirkung hier eher umgekehrt: als eine fast regelmässige Begleiterscheinung des Prolapsus uteri muss die Cystocele angesehen werden, welche denn auch in unserem Material bei 26 Personen eintrat. Wir werden daher bei der Symptomatologie und den Folgen des Leidens darauf zurückgreifen; ebenso sind Inguinal-Hernien nach verschiedenen Autoren oft mit Vorfall complicirt, kaum indess als Veranlassung oder Vorbereitung. Wir haben nur 3 solcher Fälle zu verzeichnen.

Endlich mag bemerkt werden, dass bei 2 unserer Patientinnen, deren eine nie entbunden war, gar keine Anhaltepunkte für die Entstehung der Krankheit sich anamnestisch oder aus dem Befunde bei der Aufnahme gewinnen liessen. —

Was die Symptome betrifft, so können wir sie in subjective und objective eintheilen; erstere wieder in wirkliche und eingebildete schmerzhafte Empfindungen und: nervöse Erscheinungen, letztere in Beschwerden bei Exurese und Defäcation, Dauungsstörungen, Besonderheiten während der Periode und des Gesammtgeschlechtslebens, und: grob anatomische Veränderungen an den Genitalien.

Der Schmerz wird als mehr weniger heftiger angegeben und an verschiedenen Stellen empfunden: vorwiegend im Ab-

1) Krankenjournal 1885. Nr. 25 (35) und Nr. 69; und 1886 Nr. 5. (Nr. 118.)

2) Dtto. 1887. Nr. 69.

domen, seltener im Genitalapparat; als specifische Plätze werden die Symphysengegend, die Umgebung des Lig. Pouparti, das Kreuz, der Rücken, die Innenseite der Oberschenkel bezeichnet; Müdigkeit in den Füssen, namentlich beim Heben und Gehen, ferner Genirtheit beim Gehen durch die mechanische Belästigung seitens des prolabirten Uterus heben einzelne Patientinnen hervor. Als besondere Zeiten und Gelegenheiten für heftigeren Schmerz, — oft mit der durch dieselben Anlässe bedingten Procidenz des sonst nicht vorgefallenen Uterus zusammentreffend, — nennen sie alle Bewegungen der Bauchpresse, Anstrengungen derselben durch Husten, Niesen etc., die Kothentleerung und Harnabgabe, den Moment nach dem einer Reposition folgenden Heraustritt, den Augenblick des Vorziehens mittelst Kugelzange bei sonst verborgen liegendem Organ, die Zeit während der Periode und nach der Geburt. Die Intensität der Schmerzen kann so bedeutend sein, dass sie totale Arbeitsunfähigkeit erzeugt, durch welche dann die Patientinnen in die Klinik getrieben wurden. Die Art des Schmerzes wird seltener als stechend (im Unterleib), meistens als zerrend, pressend, drängend bezeichnet. Das starke Drängen nach abwärts betont die exquisite Majorität der Leidenden; es ist dies ein für die Diagnose bedeutsamer Umstand, da kein anderes Merkmal so regelmässig auftritt, und es dem Vorfall eigenthümlich ist. — Mit dem Drängen nach unten verbinden sich den Frauen Vorstellungen, welche sie mit folgenden Ausdrücken versinnbildlichen: »sie hätten ein Rucken und Krachen im Leibe verspürt«; »es wäre ihnen, als ob etwas aus dem Leibe rutsche« (mehrfach angegeben); »als ob alles wegfalle«; »als flösse etwas aus«; »als sei die Scheide unvollkommen geschlossen« u. a. m. Hieraus resultirt eine Unsicherheit im Gehen, Vorliebe für horizontale Lage, ja das Unvermögen, sich aufrecht zu erhalten. Die Kranken fühlen sich immer schwächer, glauben eine, zuweilen thatsächliche, durch den allgemeinen Kräfteverbrauch zu erklärende, Gewichtsabnahme zu beobachten. Die Druckempfindlichkeit des gesammten Unterleibs ist manchmal natürlich vermehrt.

Die nervösen Erscheinungen durchlaufen eine Scala von leichter Schwäche, einseitigem oder diffusem Kopfweh, anhaltender Schwäche, allgemeiner Beklemmung, Schwindelanfällen, Ohnmachten, starkem Herzklopfen bis zu geringem, ja auch mit

Schüttelfrost verbundenem hohem[1]) Fieber, hysterischen Zufällen und completer Hysterie. Natürlich leidet darunter der Schlaf; er wird unruhig, »schlecht« und dauert zu kurz. Die Stimmung der Kranken ist eine gedrückte, oft wechselnde, da subjective Euphorie und Dysphorie schwanken; ihre Reizbarkeit ist eine hohe; bisweilen neigen sie zu Melancholie.

Sehr lästig für die Kranken gestalten sich weiter die Harn- und Kothbeschwerden. Bald findet nur einfacher Harndrang, bald erschwerte oder sehr erschwerte Exurese statt, sodass das Wasser nicht spontan entleert werden kann, oder dass zu dem Zweck jedesmal eine Reponirung nothwendig wird. Wir begegnen Urinsecretionsretention, sehr schmerzhafter Exurese »unter Leibweh«, und dem fatalen unfreiwilligen Harnfluss. Die Urinmenge ist zuweilen vermindert; auch kommen Eiterkörperchen in ihm vor, was uns wegen der colossalen, künstlich geschaffenen Eingangspforte für Mikroben nicht Wunder nehmen kann. Wir werden kaum fehl greifen, wenn wir die sämmtlichen Harnbeschwerden als von der Cystocele abhängig annehmen.

Aehnlich ist die Defäcation mit allerlei Uebelstanden — Schmerzen, Drang — verbunden.

Dies hängt zum Theil mit den nicht selten beobachteten Verdauungsstörungen zusammen: sie äussern sich unter schlechtem Appetit, seltenerem oder häufigerem Erbrechen und besonders in geringer, heftiger, häufig auftretender, oder während des ganzen Krankheitsverlaufs auch über eine eventuelle Operation hinaus anhaltender Obstruction. Darüber, ob diese letztere Digestionsanomalie wirklich als Symptom bezw. Folge, besonders der Rectocele, oder aber als mitveranlassende Ursache — durch das forcirte Drängen — für Descensus und Prolapsus anzusehen ist, scheint nicht ganz Einigkeit unter den Forschern zu herrschen. Als ätiologisches Moment kommt sie in Betracht, während das häufige Auftreten mit oder nach dem Prolaps ab und zu für eine Consecutiv-Erscheinung spricht. Die selten zur Observation gelangten peritonitischen Bilder werden zumeist die Anzeige jener schweren durch anormale Zerrungen bedingten Complicationen darstellen. Diarrhöen als Folge oder Symptom des Vorfalls konnten wir in unserem Material nicht finden.

1) Der Fall, den wir hierbei in Erinnerung haben, (Krankenjournal 1887 Nr. 201 ist, wie die bald nothwendig gewordene Section ergab, jedoch durch eine Serie anderer pathologisch-anatomischer Veränderungen complicirt.

Eine besondere Würdigung verdienen diejenigen Vorgänge, welche in Zusammenhang mit Katamenien, Graviditas, Partus und Puerperium stehen. Auf die während der Menses und post partum sehr vermehrten Kreuzschmerzen ward oben hingewiesen. (In einem Falle ward hingegen ein völlig normaler Verlauf der Menstruation während der Krankheit besonders hervorgehoben.) Wir können hier unterscheiden zwischen Erscheinungen bei Frauen im Klimacterium und solchen in der geschlechtlichen Blütheperiode. Bei letzteren beobachteten wir eine länger dauernde und kräftigere Regel im Vergleich mit früheren Zeiten bei dem Individuum. Auf eine Erschwerung der Cohabitation und Conception, welche Winckel[1]) und Martin[2]) betonten, leiteten uns leider die Protocolle über unsere Patientinnen nicht. Dagegen lassen sich einige bemerkenswerthe Daten aus dem Umstande ableiten, ob die Kranken ledig (und kinderlos) waren oder, wenn verheirathet, ob sie nach dem Vorfall noch Kinder gebaren. Nur jene Fälle können hier in Frage kommen, wo Recidive zur Behandlung gelangten, denn über die als geheilt entlassenen Patientinnen und ihre späteren Lebensschicksale, — hier: glückliche Geburten, — Recherchen anzustrengen, dürfte in einer Grossstadt auf unbegrenzte Schwierigkeiten stossen. Eine Frau gebar nach erfolgtem Descensus 3 Mal, alsdann prolabirte der Uterus; drei andere erkrankten nach ihrer ersten Geburt an Vorfall, von denen die eine darnach 3, die zweite 6 und die dritte sogar 8 Kinder zeitigte. Interessant ist, dass bei Nr. 1 und 2 von diesen je 12 Jahre und bei Nr. 3 volle 23 Jahre zwischen erstbeobachtetem Vorfall und Aufnahme in die Klinik verstrichen. (Innerhalb dieser 12 Jahre fand bei Nr. 1 Partus 2 bis 4, bei Nr. 2 Partus 2 bis 7 und bei Nr. 3 Partus 2 bis 9 statt.) Die Erstgeburt bei Nr. 1 und 2 wurde durch die Zange an's Tageslicht gefördert. — Eine andere Patientin erlebte nach ihrer vorletzten Geburt den Vorfall, eine weitere nach ihrer zweiten u. s. f. Es verlohnt sich vielleicht, dem von Herrn Geheimrath Winckel[3]) zuerst betretenen Wege zur Klärung der Frage des eigentlichen Be-

1) Lehrbuch S. 289. 2. Aufl. 1890. S. 340.
2) L. c. p. 1452 (18).
3) Ueber Myome des Uterus in ätiologischer, symptomatologischer und therapeutischer Beziehung. — Volkmann, Samml. klin. Vorträge Serie IV. Heft 8. Gynäkologie Nr. 98. — 3. Febr. 1876. Leipzig, Breitkopf und Härtel. S. 739 (5).

ginns des Uebels mit Bezug auf die Fertilität zu folgen, indem man die Kranken in ledige ohne Kinder, in verheirathete sterile und verheirathete mit Kindern eintheilt:

| Classe | Art | Alter 20—30 | 31—40 | 41—60 | 61 und mehr | Durchschnittsalter |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Ledige ohne Kinder | 3 | — | — | | 21,3 |
| 2. | Verheirathete sterile | — | — | — | 1 | 60,0 |
| 3. | Verheirathete mit Kindern | 4 | 13 | 17 | 2 | 42,6 |

Daraus erhellt, dass bei weitem am häufigsten Frauen, welche geboren hatten, zur Behandlung kamen, und zwar, wie wir aus anderen Zusammenstellungen schon ersahen, vorwiegend zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr, demnächst solche zwischen 30 und 40 Jahren, sparsam solche über 60 und unter 30 Jahren. Die kinderlosen (ledigen bezw. sterilen) meldeten sich begreiflicherweise schon zu einer Zeit, in welcher sie hoffen konnten, durch die erfolgreiche Kur in die Möglichkeit der Fruchtbarkeit versetzt zu werden. Denn das Ledigsein allein darf für den Gynäkologen durchaus nicht den Ausschlag für das Vorhandensein von Kindern geben!

Was die Anzahl der Kinder anlangt, so ergaben die Erhebungen, dass Vorfall bei

| Parae | I | II | III | IV | VI | VII | VIII | IX | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Male | 10 | 11 | 2 | 5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| vorkam im Durchschnittsalter von | 45,3 | 38,1 | 42,5 | 42,2 | 48 | 35 | 37 | 56 | 42[1]) |

1) Da Walcher (a. a. O. S. 138—139) nicht express bemerkt, ob seine Zahlen sämmtlich die Zeit vor der Erkrankung betreffen, lassen wir sie nur beiläufig folgen:

| Parae | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Sa. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Zahl der Fälle | 10 | 44 | 13 | 34 | 24 | 28 | 20 | 13 | 10 | 9 | 7 | 3 | 4 | 1 | 2 | 1 | 223 |

Daraus lässt sich der wichtige Schluss ziehen, dass das Durchschnittsalter aller Erstgebärenden 45,3, der II p. 38,1 war, hohe Ziffern, welche, ätiologisch hoch bedeutsam, schon für sich bekunden, dass durch Prolaps die Fertilität eingeschränkt und hinausgeschoben wird. Die rapide Abnahme der Kinderzahl (nur 2 III p., 5 IV p. und je 1 oder 2 VI—X p.) ist eine weitere Stütze für diese Behauptung. Somit kommt, wenn auch nicht oft, Fruchtbarkeit nach Prolaps vor; einen prolapsus uteri gravidi fanden wir in unserem Material nicht; er gehört nach Winckel[1]) zu den Seltenheiten. Die zahlreichen Geburten in ziemlich baldiger Folge ebneten entschieden dem späteren Vorfall den Weg, wie wir im ätiologischen Theile schon hervorhoben. Da durch die Schwangerschaft das Vorfallen der Weichtheile zeitweilig erschwert wird, so bezeichnete für manche Fälle seiner Praxis Martin[2]) selbe als eine temporäre Erlösung für die Patientinnen. Hierzu bemerken wir, dass eine unserer Kranken während dreimaliger Gravidität spontane Besserung registrirte; eine andere eine Abnahme des Vorfalls nach ihren 3 ersten Geburten wahrnahm; danach freilich trat der Uterus um so energischer in seine alte pathologische Stelle zurück. Während der Menopause bewirkt der Gebärmuttervorfall eine, wenn man so sagen darf, irreguläre Erneuerung der Menstruation. In mehreren Fällen trieb eben dieser nicht mehr gewohnte Blutabgang die Kranken in's Hospital.

Durch die widernatürliche Lage der vorgefallenen, auch schon der herabgetretenen Theile, und durch die unvermeidlichen mechanischen Insulte, ja Traumen, denen sie ausgesetzt sind, ist die Entstehung von anfangs leichten Entzündungen, die sich im Laufe der Zeit in Erosionen, Ulcerationen und selbst (jedoch selten, in unserem Materiale kein Fall!) Gangrän wandeln, ermöglicht. So finden wir auf den procidirten Theilen bis zu den womöglich noch ectropionirten Muttermundslippen hin bald Blutkrusten, pigmentirte Wülste, Schrunden und Narben, eine rauhe Oberfläche, bald flache Prominenzen, papilläre Wucherungen und mehr weniger nässende, epithelentblösste Defecte in Grösse bis zu der eines 50 ₰-Stücks. Die Complication mit carcinomatösen Ulcerationen, wie sie in zwei Fällen vorkam, erwähnen wir hier vorübergehend. Unterstützt werden diese anatomischen Ver-

1) Lehrbuch S. 289. 2. Aufl. 1890. S. 310.
2) L. c. p. 1452 (18).

änderungen der Weichtheile entschieden durch den oft gleichzeitig vorkommenden Ausfluss, — eine Patientin hob ein Vorkommen im Sommer hervor, — wie denn überhaupt Endometritis eine häufige Nebenaffection des Prolapses ist.

Gegenüber diesem »Heer von Plagen«, Symptomen und Folgeerscheinungen des so lästigen Uebels stehen nicht vereinzelt Fälle, in denen entweder die Patientinnen selbst mit Entschiedenheit Beschwerden irgend welcher Art in Abrede stellen (in unserem Materiale 4 Mal), oder in denen der untersuchende Arzt den von den Leidenden angegebenen objectiven Uebelständen nicht zu assentiren vermag. Winckel[1]) accentuirt, dass trotz der fast stets neben Prolaps einherschreitenden Cystocele die Exurese eine meist durchaus befriedigende sei. — Am besten für die oft fehlenden, dem Kranken bekannten Symptome zeugt der traurige Indifferentismus, welchen so viele ihrem Leiden gegenüber, wenn es ihnen, oder, da es ihnen keine Plage veranlasst, an den Tag legen!

Hier begegnen wir zwei Frauen, welche 12 Jahre den vorgefallenen Uterus ärztlicher Behandlung entzogen, dort einer, welche 30 Jahre lang es nicht für nöthig hielt, Heilung zu suchen, bis nach diesen 3 Decennien das »Lästigerwerden« der Erscheinung sie in die Arme der Pfleger trieb; Patientinnen, welche 4, 6 und mehr Jahre es darauf ankommen lassen, gehören noch nicht zu den Raritäten. Classisch ist die Krankengeschichte einer ausserdem noch krebskranken Frau, welche 8 Jahre lang das Wachsen des Vorfalls an Umfang beobachtete, weil aber von da an die folgenden 15 Jahre nach ihrer Meinung das Wachsthum stagnirte, sich dabei beruhigte und erst im 24. Jahre den Kindskopfgrossen »Geschwulst« im Krankenhaus producirte! — Für die apathische Haltung dieser Leute charakteristisch ist, wenn eine Köchin berichtet, sie habe vor 2 Jahren durch die Hebamme einen »Mutterkranz« (= Hysterophor) eingelegt erhalten, diesen 1 Jahr ohne Unterbrechung (vulgo: ohne sich darum zu kümmern!) in der Vagina belassen und schliesslich verloren! Durch die medicinische Abtheilung, woselbst sie wegen Pneumonie behandelt wurde, ward sie der gynäkologischen zugesandt. — Vom Krankheitsbilde und vom Befunde, auf welchen hin wir die Diagnose zu gründen haben, wollen wir hier nur jene Punkte aus unserem Material ausheben,

1) Lehrbuch S. 289. 2. Aufl. 1890. S. 339.

welche irgend welche Besonderheiten zu bieten scheinen, obwohl wirklich Neues wohl kaum darunter zu finden sein dürfte. Wir unterscheiden die jedem Vorfall eigenartigen specifischen und die accidentellen complicirenden Erscheinungen.

Die Grösse der vorgefallenen Theile variirt sehr bedeutend, einmal innerhalb des Verlaufs der Krankheit und sodann individuell. So sehen wir bei einer und derselben Person denselben Vorfall als Wallnuss- und später als Faustgross bezeichnet. Im allgemeinen bildet die Grösse der wälschen Nuss die Grenze nach unten, die des Kindskopfs jene nach oben. Dazwischen werden je nach der grösseren Vorliebe des Registrators für Bilder aus der Pomo- oder Oologie als Vergleichsobjecte notirt:

| Kleinst: | Mal: | Kleinst: | Mal: |
|---|---|---|---|
| Wallnuss | 1. | Gänseei | 3. |
| Taubenei | 2. (= 15 ccm) | Mannsfaust | 7. |
| Halbes Hühnerei (!) | 1. | Ueber Mannsfaust | 1. |
| Birne | 7. (= 50 ccm | | (ganz mit Schale: |
| Hühnerei | 2. 15 kleines Bastardei) | Straussenei | 1. = 1030 ccm inneres: 790 ccm) |
| Apfel | 2. | Kindskopf | 1. (= 2750 ccm) neugeboren[1]) |
| | | Ueber Kindskopf | 2. |
| Grösst: | | Grösst: | |

Wenn diese Begriffe nun schon an und für sich nicht fest definirte oder zu definirende sind, da die Grösse der Apfelsorten derjenigen der Hühnerracen und ihrer Eier nichts nachgibt, vollends auch die Vorstellungen der Berichterstatter noch Fehler in die Rechnung eintragen, so kann man doch ungefähr aus den Angaben entnehmen, dass der cubische Inhalt der vorgefallenen Theile sich in Grenzen zwischen 3 und 3333 Cubikcentimetern bewegt. — Bildliche Darstellungen verschiedener Prolapsgrössen finden sich in Schröder's[2]) Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, solche mit Decubitus und Ulcerationen in Winckel's[3]) Lehrbuch. Als Dimensionen finden wir nach den Krankheitsjournalen notirt: Circumferenz von 21—25 cm, Länge von 9—12 cm, Breite von 4 cm und

1) Diese Zahlen verdanken wir Herrn Hofrath Prof. Dr. Liebe in Gera.

2) Leipzig, F. C. W. Vogel 1887. 8. Auflage in Ziemssen's Handbuch. Band X. S. 182—189. Fig. 77, 80, 82, 83, 84 und 85.

3) S. 281. Fig. 28, 29. S. 282. Fig. 30. 2. Aufl. 1890. S. 331. Fig. 74, 75. S. 332. Fig. 76.

mehr, Länge des über die Vulva vorragenden Theils $2^1/_2$ bis 4 cm. Selbstredend stimmen diese wenigen Zahlen nicht zu sämmtlichen Vergleichsobjecten, da meist, um double emploi zu vermeiden, entweder jene oder Messungszahlen angeführt worden sind. Hier mag eingeschaltet werden, dass das Verhältniss der Reponibilität zur Irreponibilität wie 7 : 1 ist, d. h. neben 14 »leicht«, »ohne erhebliche Mühe«, »ohne Narkose«, »spontan« reponibelen fanden sich 2 nicht reponibele Vorfälle, wobei beachtet werden muss, dass nicht in allen Fällen ausdrücklich gekennzeichnet worden ist, ob die Massen zurückgeschoben werden konnten. Der eine der beiden durchaus irreponibelen Prolapse verdankte dies einem ausgedehnten Ovarialtumor; ein anderer ward nach einer Carcinom-Operation »mit einiger Mühe« reponibel; der zweite irreponibele gehört einer Frau an, welche bald nach der Aufnahme mit Tode abging, und zwar in Folge von jauchiger Adhaesiv-Peritonitis, durch welche anormale Verwachsungen, den Rücktritt behindernd, entstanden sein können. Entgegengesetzt kann merkwürdigerweise Peritonitis eine Spontan-Heilung zu Wege bringen, da eventuell der in Bettruhe reponirte Uterus durch peritonische Pseudomembranen oben angelöthet und definitiv festgehalten werden wird.[1]) Wir können aus unserem Material das Facit ziehen, dass meist der vorgefallene Uterus reponirt werden kann. Je leichter er vorfiel, um so bequemer gestaltete sich gewöhnlich auch die Reposition.

Der vorliegende Theil ist oft macerirt (in 10 ♂-Stück-Grösse), ulcerirt (ca. 3 cm breit, in 1 ♂-Stück-Grösse); die Schleimhaut weist Defekte auf (in 50 ♂ Stück-Ausdehnung); die Scheidenwände sind verhornt; die ganze vorliegende Parthie, welche an den Schenkeln und auf der Bettunterlage Widerstand findet, ist oft im Zustande des Decubitus. Das alles wird unterstützt durch Leucorrhö und hie und da auftretenden schleimigeitrigen Ausfluss. Fast nie gelangt der Uterus allein zum Vorfall; in der Regel beobachten wir gleichzeitig Descensus, Prolapsus oder Inversion der vorderen oder beider Wände der

1) Fritsch, Die Krankheiten der Frauen. Bd. I von »Wreden's Samml. kurzer medic. Lehrbücher«. Braunschweig, Wreden. 1881. S. 249. Vgl. auch dessen: Die Lageveränderungen der Gebärmutter. Stuttgart, Enke. 1881. § 117—118. S. 140—141. (Dritter Abschnitt in Band I von: Billroth, Handbuch der Frauenkrankheiten, bearbeitet von Bandl, Billroth, Breisky, Chrobak, Fritsch, Gusserow, Hildebrandt, Mayrhofer, Olshausen, Winckel.)

Scheide. Unser Material gruppirt sich von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet, folgendermassen:

| Rubrik | | Fälle |
|---|---|---|
| 1. | Inversio parietis anterioris[1]) vaginae | 5 |
| 2. | Inversio parietis anterioris et posterioris vag. | 26 |
| 3. | Descensus vaginae | 2 |
| 4. | Prolapsus vaginae | 5 |

Unter Rubrik 2 sind auch jene Fälle aufgenommen, wo im Protocoll einfach »Inversio vaginae« ohne nähere Wandbezeichnung stand. Die beiden Vaginalwände können je in Wallnussgrösse vorragen. Als eine durch das Uebel bedingte Begleiterscheinung haben wir die Hypertrophie der Portio und des ganzen Uterus anzusehen. Neun Mal wurde sie unter unseren Fällen als besonders exquisit betont.

Was die Lageverhältnisse der erkrankten vorgefallenen bezw. reponirten Gebärmutter betrifft, so begegnen wir selten Anteflexio[2]) und Anteversio, letztere nur bei leichtem Descensus. Retroversio bestand 3 Mal ante prolapsum und zur Zeit der Aufnahme; meist jedoch findet sich Retroflexio,[3]) welche, wenn sie vorher bestand, dem Abwärtssteigen des Uterus den besten Vorschub leistet und daher als ätiologisches Moment aufzufassen ist, andrerseits aber oft auch mit dem Vorfall eintritt.[4]).

Auf den Zusammenhang zwischen Dammriss (nicht selten bei unseren Patientinnen gefunden) und Retroflexion machte

1) Inversio parietis posterioris allein kam in unserem Material nicht vor, in demjenigen Walcher's (331 Fälle!) 11 Mal, nach Olshausen eine primäre Folge grösserer Dammrupturen. (Ueber Dammverletzung und Dammschutz. — Volkmann, Samml. klin. Vortr. Nr. 44. Serie II. Heft 14. Gyn. Nr. 15. — 24. Okt. 1872. S. 360 (2).

2) Anteflexio uteri bei Prolaps bildet Fritsch a. a. O. S. 246. Fig. 120 ab; ebenda S. 247. Fig. 121 Retroflexio cum prolapsu.

3) 50% bei J. Veit's Kranken. — (Klin. Untersuchungen über den Vorfall der Scheide und der Gebärmutter. Nr. VIII in Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn. I. Band. Stuttgart, Enke. 1877. S. 144—173. — S. 153.)

4) Prolapsus uteri cum retroflectione bildet Winckel, Lehrbuch, S. 281 und 282 Fig. 29 und 30 ab. 2. Aufl. 1890. S. 331 Fig. 74, 75.

Junius[1]) aufmerksam. Durch den Dammriss wird Dislocation der Scheidenwände, hierdurch wieder Dislocation der Portio vaginalis uteri nach unten veranlasst. So gelangt der Uterus aus seiner normalen physiologischen Anteflexions-Lage, richtet sich auf und kippt bei passender Gelegenheit nach hinten über. Küstner[2]) constatirte 40%, Junius nach seinem Material 20% Retroflexionen ersten bis dritten Grades, wir in 15 Fällen, d. h. in fast 30 Percent.

Es erübrigt noch, auf die Brüche im weitesten Sinne des Wortes, also einmal nebenhergehende Leistenhernien und zweitens in organischem Zusammenhang mit dem Leiden stehende Recto- und Cystocelen einzugehen. Inguinal-Hernien kamen A. Mayer[3]) bei 160 Prolapsfällen 60 Mal vor, oft sogar mehrere Brüche bei einem Frauenzimmer, wonach es scheint, als ob die Zerrung des Bauchfells bei der Dislocation durch den Vorfall zu solchen disponire. Winckel[3]) betont, dass nur in den klimacterischen Jahren dies Moment von Bedeutung sein könne, da in früheren Jahren die solide Beschaffenheit der Befestigungsapparate nicht wesentlich durch dasselbe beeinflusst werde und letzteres bei mageren und schwächlichen Personen jedenfalls auch weniger zu tragen und auszuhalten habe, als bei stärkeren. Unser Material liefert uns leider nur 3 Fälle von Leistenbrüchen, aus denen wir zunächst zwei Mal die Vermuthung Winckel's bestätigen oder doch unterstützen können in Betreff der Menopause der Patientinnen. Die eine war 43, die andere 45 Jahre alt; — also noch nicht ganz im Klimacterium angelangt, — beide waren Jahre lang vorher zum letzten Male entbunden; beide sind II parae. Im übrigen sind die 3 Fälle zu eingehender Betrachtung sehr wenig geeignet, da der erste am Tage nach Konstatirung des Bruches,[4]) — einer linksseitigen Leistenhernie, welche plötzliche Schmerzen verursachte, — durch häusliche Verhältnisse genöthigt wurde, auf Nimmerwiedersehen die Klinik, nur mit Bracherium versehen, zu verlassen, und da

1) L. c. p. 15.

2) Die Indication und Methoden der Perineoplastik. Untersuchungen zur vergleichenden Methodik gynäkologischer Heilverfahren. Arbeit I. Stuttgart, Enke. 1887. S. 7.

3) Nach Winckel's, Lehrbuch, S. 286. 2. Aufl. 1890. S. 337.

4) Im Anschluss an diese und 2 weitere Fälle veröffentlichte W. Pfister eine Inaug.-Dissertation: Ueber die Beziehungen zwischen Descensus und Prolapsus uteri und Hernien. München 1891. 31 S.

die zweite Patientin jeden Eingriff verweigerte und 14 Tage nach Aufnahme mit Gummiring daher entlassen wurde. — Ersterer Fall wäre um so interessanter gewesen, als Patientin bei ihrer ersten Vorstellung, am 30. April 1884, nichts von einem Bruch wusste und keinerlei Beschwerden dadurch erlitt; erst bei ihrer zweiten Aufnahme, nach inzwischen erfolgter Colporrhaphia anterior et posterior, am 2. Juni 1885, klagte sie eines schönen Tages über heftige Schmerzen, woraufhin specielle Untersuchung die Hernie constatiren liess. (Derartige lange verborgen gebliebene Inguinal-Brüche sind keine Seltenheiten; wir kennen einen Fall, in welchem Stöcker in Wildungen bei einem 58jährigen Herrn einen auf einer Reise urplötzlich Unbehagen veranlassenden Leistenbruch entdeckte und besserte.) Der dritte Fall endlich, eine 36jährige, die seit 5 Jahren links und seit $1^1/_2$ Jahren rechts an Inguinal Labial-Hernie litt, — angeblich sei selbe durch schweres Heben entstanden, — wurde nach 29 Tagen entlassen, nachdem sie Colporhaphia anterior und Perinäauxesis gut überstanden hatte. Leider ist über den Bruch und seine Behandlung (ob Bruchband?) nichts verzeichnet.

Proctocele findet sich als natürliche Folge des Vorfalls nicht selten; wir haben in unserem Materiale 5 derartige Fälle; wenn nur ein kleiner Theil des Mastdarms im Tumor lag, war er leicht reponibel. — Ovariocele gelangte einmal zur Beobachtung. — Cystocele trafen wir 26 Mal. Dabei war meistens die hintere Blasenwand ausgedehnt invertirt; die Cystocelen waren mit Sonde gut nachweisbar. Als Grössenanhalt für sie geben wir ausser den allgemein gehaltenen Aeusserungen »ziemlich gross, reichlich, mässig« eine Messung von 6 cm an. Es ist sehr wahrscheinlich, dass in jenen 3 Fällen, in welchen gleichzeitig eine Inguinal-Hernie vorlag, die Harnblase zum Theil nach vorne in selbe ausgestülpt war. Nach Tillmann's[1]) neuester Chirurgie entstehen derartige Dislocationen der Vesica urinaria in Bruchsäcke dadurch, dass die Harnblase den durch den Sack bedingten Verschiedenheiten des Bauchfells zu folgen gezwungen ist. Dass in ihnen sich bisweilen Blasensteine finden, wurde schon bemerkt. (Einen interessanten Beitrag hierzu lieferte Herr Dr. Hartmann aus Heidenheim a/H. in Mittelfranken der kgl. Universitäts-Frauenklinik unterm 12. Mai 1890: eine

1) Lehrbuch der speciellen Chirurgie. Leipzig, Veit und Co. 1891. S. 789.

66jährige Wittwe, welche seit 20 Jahren an Vorfall zu leiden angab, der ihr seit den letzten 2 Jahren heftige Urinbeschwerden, — Harnträufeln, schmerzhafte Exurese — veranlasste, beherbergte, wie die Untersuchung mit Leichtigkeit ergab, eine grössere Anzahl Blasensteine; daneben hatte sie Prolapsus uteri 2. Grades, Cystocele, nässendes ausgeprägtes Eczem der Labien. Sie verweigerte operativen Eingriff und ward mit Pessar entlassen. Nach $^1/_2$ Jahr trat der Tod ein, nachdem sie inzwischen sich dem Arzte nicht wieder gezeigt hatte. 9 Steine waren durch die usurirte Blasenwand ausgebrochen, ein Vorgang, dem jedenfalls durch das unvernünftig lange Liegenlassen des Ringes seitens der Patientin Vorschub geleistet wurde. Die Oeffnung war für 2 Finger passirbar. Es scheint, dass die Cystocele der primäre Affect war, und dass sich viel später erst in dem stagnirenden Harn die Concremente bildeten. Einer der Steine war mitgesandt: er hat ein Gewicht von 8,25 g, ist ca. 2 ccm gross und stellt eine 3seitige Pyramide mit abgeschnittener Spitze und abgerundeten Kanten und Ecken von schmutzig gelblich weisser Farbe dar; seiner Consistenz und Aussehen nach besteht er vorwiegend aus phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia und phosphorsaurem Kalk.)

Mit wenigen Worten sei des Verlaufes und der Prognose des Leidens aus unserem Material gedacht. Für geheilt Entlassene findet sich die stattliche Ziffer von 32, von denen allerdings 3 mit Recidiv je 1 Mal und 2 je 2 Mal wiederkehrten. Als ausschlaggebend, ob geheilt oder nicht, galt: Schmerzlosigkeit, subjective Euphorie, Verschwundensein des vorgefallenen Theiles und Verborgenbleiben auch bei stärkstem Pressen, Wiederkehr der Menses u. s. w. Als besonders günstigen Folgezustand der Therapie darf man die bald eingetretene Befruchtung und Gravidität ansprechen. Als gebessert war eine, als fast geheilt 4 (von denen eine nachher völlige Heilung erzielte, und eine andere zu früh die Anstalt verliess), endlich als nicht geheilt wurde eine 3 Mal entlassen, bis bei ihr durch 4 Operationen dauernde Abhülfe geschaffen wurde. — Exitus letalis, als Folge des Prolapses, wie ihn Dr. Eichholz[1]) beschrieb,

1) Ein Prolapsus uteri als Todesursache. — In: Der Frauenarzt. Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshülfe. 1888. Bd. III. S. 266 bis 267.

Auch in der alten Litteratur ist ein ähnlicher Fall beschrieben: Reinick, J. E., Diss. de uteri delapsu, suppressionis urinae et subsequutae mortis causa. Gedani 1732.

gehört zu den Ausnahmen und findet sich nicht in unseren Fällen. Die 3 Patientinnen, welche in der Behandlung verstarben, gingen nicht an diesem Leiden noch den zu seiner Heilung inscenirten therapeutischen und operativen Eingriffen zu Grunde, wie aus folgenden der Epikrise entnommenen Daten hervorgehen wird:

1) Randemphysem beider Lungen, hypostatische Pneumonie des rechten Unterlappens, Thromben in einem Ast der linken Art. pulmonalis, hochgradiger Meteorismus, Peritonitis fibrinosa purulenta adhaesiva, abgesackte Blutung im linken Hypogastrium, chronischer Dünndarmcatarrh, eitrige Infiltration der solitären Follikel, embolische Infarcte in Milz und Nieren; Prolapsus uteri incompletus, Inversio vag. ant. et post., Cysto- et Rectocele;

2) Magencarcinom, chronische Lungentuberculose, Adhaesiv-Pleuritis, Lungenemphysem, Bronchoectasieen, eitrige Bronchitis, Herz-, Milz-, Leber- und Harnblasen-Atrophie, multiple Nierenabscesse, Erweiterung des Nierenbeckens, der Ureteren und der Blase, Caries der Lendenwirbel, rechter Psoas-Abscess; Prolapsus uteri incompletus, Inv. vag. ant. et post., Cystocele;

3) Jauchige Adhaesiv-Peritonitis und Pyelo-Nephritis, besonders linkerseits mit Erweiterung des Ureters und des Nierenbeckens, multiple grössere Abscesse in der rechten Niere, cavernöser Tumor in der rechten Niere, Milztumor, Fettleber, Adipositas und Myodegeneratio cordis, beginnende hypostatische Pneumonie im rechten Unterlappen, Atelectase im linken; verjauchter Ovarialtumor linkerseits, Atrophie der Portio; Prolapsus uteri incompletus, Inv. vag. ant. et post., Cystocele. —

»Die Prolapsleidenden haben einen Anspruch darauf, rationell geheilt, statt, wie bisher, als Crux der gynäkologischen Praxis hingeschlepat zu werden.« Mit diesen Worten schliesst Martin[1]) seine mehrerwähnte Monographie. Wie aus unseren bisherigen Notizen erhellen wird, ist die energische Befolgung dieses, gewiss sehr richtigen, Satzes in der Münchener Universitäts-Frauenklinik angestrebt, — angestrebt, in sofern als durch die Schuld der Patientinnen selbe nur zu oft jenen Anspruch zu spät erhoben! Durch solche Fälle und ausserdem durch einige wenige Contraindicationen bedingt, differentirt sich auch heute noch die Therapie in eine palliative und radicale, wenngleich die

1) L. c. p. 1469 (35).

letztere auch bei weitem im Vordergrund des Interesses und der Bedeutung steht.

Die von Martin[1]) hervorgehobenen prophylactischen Fingerzeige-Naht jedes Geburtsrisses, sorgfältigste Pflege der Wöchnerinnen, genaueste Aufmerksamkeit auf ihre Exurese und Defäcation, desinficirende Ausspülungen zur Beseitigung des nach der Geburt wohl vorhandenen todten Gefühls im Genital-Apparat, Tamponade u. a. — hat allerdings der Arzt, und vollends jedes Krankenhaus, in der Hand und wird sie regelmässig befolgen, wie denn auch in selteneren Fällen Sünden auf diesem Gebiete in ihren schweren Folgen vor das Gericht des Prolaps behandelnden Mediciners werden gestellt werden. In den meisten Fällen aber datirt, wie wir gesehen haben, das in seinen Stadien[2]) als Descensus, Prolapsus incompletus und completus unterschiedenen Leidens aus Zeiten und Orten, wo jene Prophylaxe nicht geübt wurde. — Specifische Contraindicationen für die operative Behandlung gibt es kaum; als allgemeine führen wir an: sehr schlechtes Gesammtbefinden, Fieber bis 40°, schwerer Decubitus, sehr hohes Alter, die Zeit der Periode und Gravidität. Bei schlechtem Befinden wird man durch Scheiden- und Blasen Ausspülungen, durch Eisblase, Antipyretica (Chinin, Antifebrin) den Weg zu ebnen versuchen und durch Decubitus veranlasste Substanzverluste, bezw. deren Borken durch Creolin zu lösen trachten. — Wo die Grenze für das »hohe Alter« liegt, wagen wir nicht zu entscheiden, da 2 Patientinnen von 66 und 68 Jahren unseres Materiales die Operation sehr gut überstanden. Ferner berichtete der erste Assistent Hegar's Dr. Sonntag[3]) aus der Freiburger Klinik, dass er mehrfache gute Heilerfolge bei Kranken über 60 Jahren erlebte. Dahingegen werden wir in jenen Fällen unseliger Art auf die palliative Therapie (vielleicht einschliesslich der Massage-Behandlung?) allein zurückgreifen müssen, wenn in unserem vorgerückten, aufgeklärten Jahrhundert die

1) L. c. p. 1453—54 (19—20).

2) Die verschiedenen Stadien erläuternde Abbildungen bei Walcher (a. a. O. S. 57, 58, 60, 63, 65. Fig. 16—20, 24—27), seine Eintheilung nach Säxinger bezw. Tauffer S. 3—4.

3) Plastische Operationen zur Wiederherstellung des gerissenen Dammes und zur Heilung der Vorfälle. Nr. 11 in: Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie. Herrn Alfred Hegar zum fünfundzwanzigjährigen Gedenktage seiner Ernennung zum ordentlichen Professor gewidmet von seinen Schülern. Stuttgart, Enke. 1889. SS. 225, 270, 271, 280, 286, 287, 291. Nr. 14, 24, 95, 140, 149, 173.

Frauen die Operation aus möglichen und unmöglichen Ursachen, entgegen der Autorität des Gynäkologen, verweigern.

Als Palliativ-Mittel κατ' ἐξοχὴν haben wir das Pessarium in seinen verschiedenen Formen und Constructionen anzusehen.[1]) (Von dem vorübergehenden Zwecke des Instrumentes, nach einer Operation, z. B. nur der Colporrhaph. anterior als Riegel dem Uterus vorgeschoben zu werden, sehen wir ab; zu dem gleichen Ende kann man einen Jodoformgaze-Tampon, den man mittelst T Binde fixirt, nehmen.)

In den meisten Fällen hatten unsere nachher operirten Patientinnen vorher vorübergehend Ringe, »Mutterkränze« getragen; 14 gaben dies anamnestisch an. Hieraus geht schon der negative Erfolg hervor, den wir nach Einzelnotizen die Stadien der »üblen Wirkung«, des »erfolglosen Kriegs einer Hebamme und dreier Aerzte mittelst Ringe gegen das Leiden«, der theilweisen oder gänzlichen Erfolglosigkeit durchlaufen sehen, bis zu den wenigen Fällen (6)[2]), in denen »etwas Nutzen« (2), eine »Besserung« (1), »Erfolg« (1) und »guter Erfolg« (3) verzeichnet wurde. Das Thomas'sche Pessar bewährte sich; meist wurde der Mayer'sche Ring eingelegt. Vier Mal betonten die Patientinnen, sie hätten ihn nicht vertragen, oder der Uterus sei trotzdem vorgefallen (bei zarten und nachgiebigen Weichtheilen besonders leicht erklärlich und häufig), zumal beim Uriniren u. s. f. Entschieden dem leidigen Pessarium haben wir es mit zuzuschieben, dass gerade bei diesem Leiden Hinschleppungen so an der Tagesordnung sind, (von 1876—84 z. B.; vgl. auch die oben gemachten Mittheilungen über die Indolenz der Kranken, im symptomatologischen Theile). Die geradezu schädigende, ja gefährliche Wirkung durch unzweckmässige Instrumente (aus Holz mit Wachs überzogen, welch letzteres der ätzenden Kraft des zersetzten Vaginal-Secrets wich) wurde schon in das rechte Licht gestellt. Nur in 2 Fällen — bei einer IIp. von 29 Jahren und einer solchen von 25 — ward wirklich Wohlbefinden constatirt und die Patientin entlassen — für wie lange, wird die Zukunft lehren! Die Fälle, in denen durch Contraindicationen von einer Operation Abstand genommen wurde, und nur »ut aliquid fiat« das Pessarium applicirt wurde (Pa-

1) Die Literatur über Pessarien ist in dankenswerthester Weise sehr vollständig in Winckel's Lehrbuch S. 277—278. 2. Aufl. 1890. S. 328—329 zusammengetragen.

2) Die Zahlen in ( ) bezeichnen die Anzahl der Einzelfälle.

tientinnen, die bald darauf an schweren anderen Affectionen verstarben), sehen wir hier ab und schliessen mit Martin's[1]) Worten diesen Theil: »Auf jeden Fall soll die Passarienbehandlung in ihrer jetzigen Allgemeinheit verschwinden!« Selbst Vorkämpfer dieser Therapie, wie L. Prochownik[2]) nennen das Instrument trotz seiner Proteusartigen Mannigfaltigkeit (— dem besten Beweis für seine Unzulänglichkeit! —) ein »nothwendiges Uebel« und nur einen »Symptomverbesserer, mechanischen Mitarbeiter einer zu erstrebenden Heilung, niemals eigentliches und ausschliessliches Heilmittel allein«. Chrobak,[3]) welcher die verschiedenen Formen sehr eingehend bespricht, stellt nach Veröffentlichungen verschiedener Autoren die schweren Folgen (Perforationen, Einklemmungen, Usurationen etc.) des Instrumentes, welches nur zu oft Symptom für das »unbegreiflichst exspectative Verhalten«[4]) des Arztes ist, zusammen.

Die bedeutendsten Autoren der modernen Gynäkologie vertreten den gleichen Standpunkt. Bernhard Sigmund Schultze[5]) characterisirt die Vergangenheit als die Zeit, »in welcher wir Aerzte, wegen eines Prolapsus consultirt, aus dem Vorrath recht unzweckmässiger Instrumente nur das am wenigsten unzweckmässige auswählen mussten, um eine zweifelhafte Heilung zu leisten«. Er hält heutzutage das Pessar nur noch bei Descensus und frisch entstehendem Prolaps[6]) für indicirt, sofern der Damm noch nicht atrophirt ist und — bei Operations-

1) L. c. p. 1469 (35).

2) In seiner Monographie »Ueber Pessarien«. Volkmann, Samml. klin. Vorträge. Nr. 225. Serie VIII. Heft 15. Gynäkologie Nr. 62. — 1. Febr. 1883. Leipzig, Breitkopf und Härtel. SS. 1617, 1619 (1. 3).

3) Untersuchung der weiblichen Genitalien und allgemeine gynäkologische Therapie. — Stuttgart, Enke. 1885. — Lief. 54 der »Deutschen Chirurgie« Billroth's und Lücke's. S. 232—263; speciell S. 237—238.

4) Winckel, Ueber den Durchbruch extrauteriner Fruchtsäcke in die Blase. — Bergmann, Erb und Winckel, Samml. klin. Vorträge. Neue Folge. Nr. 3. Serie I. Heft 3. Mai 1890. Gynäkologie Nr. 1. S. 17 (17).

5) Die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter. Berlin, Hirschwald 1881. S. 207. Vgl. auch seinen Vortag »Ueber die Lageveränderungen der Gebärmutter« (Volkmann, Samml. klin. Vortr. Nr. 50. Gynäkologie Nr. 17; vom 26. September 1872. S. 427 [24]), wo er bemerkt, es käme kaum vor, dass mit der mechanischen Therapie auch nur den örtlich zu erfüllenden Indicationen genügt wäre.

6) Ibidem. S. 210.

Weigerungen! Letzteren leidigen Missstand betont auch Tauffer:[1]) nur »so lange die gynäkologische operative Fertigkeit so wenig das Allgemeingut der Aerzte ist, und so lange die Messerscheu der Patientinnen grösser bleibt als ihre Beschwerden, — werden derartige complicirte Apparate, die alle mit einander dem Zwecke nur äusserst dürftig entsprechen, ihre Anwendung finden . . . Bekämpft doch das Pessarium nur einen Theil der Veränderungen, nämlich die Dislocation, dagegen ist die Grundursache damit durchaus nicht gehoben«. Und für die Zukunft verlangt Fritsch[2]) vollends, dass »wie bei giftigen Medicamenten, der freie Verkauf der Pessare verhindert würde; soviel Unglück wird damit angerichtet!« — Noch heute gilt Mathieu's[3]) Wort: »Nous n'aimons guère les pessaires!«

Die Massage, deren rationelle Anwendung erst seit den bahnbrechenden Arbeiten des schwedischen Officiers Thure Brandt[4]) datirt, kam 3 Mal zur Application, zum Theil zur Er-

1) I. aus der gynäkologischen Klinik in Freiburg i/B. Entstehungsweise und kurze Andeutungen, betreffend die Prophylaxis und Therapie des Scheiden- und Gebärmuttervorfalles. — Deutsche med. Wochenschr. Band III. 1877. 2.—23. Juni. Nr. 22—25. S. 253—258, 267—270, 280—281, 292—294.

2) Die Lageveränderungen und die Entzündungen der Gebärmutter. (Billroth und Lücke, Deutsche Chirurgie Lief. 56.) Stuttgart, Enke. 1885. S. 251.

3) Études cliniques sur les maladies des femmes appliquées aux affections nerveuses et utérines, et précédées d'essais philosophiques et anthropologiques sur la physiologie et la pathologie. Paris 1848. Chap. XVI. S. 780.

4) Robert Ziegenspeck, über Thure Brandt's Verfahren der Behandlung von Frauenleiden. — Volkmann, Samml. klin. Vorträge. Nr. 53/54. Ser. XII. Heft 23/24. Gynäkologie Nr. 102. 30. Januar 1890. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — Uterus-Prolaps-Therapie: S. 2584 bis 2585 (30—31) 2593—99 (39—45) Retroflexio-Therapie S. 2579 bis 2590 (S. 25—36) Cysto- und Proctocelen-Therapie S. 2599 (45). — In dieser Arbeit (S. 2593—2595 39—41) ist auch Ziegenspeck's Theorie über die Entstehung des Prolapses, welche er zuerst in der Münchener Gynäkologischen Gesellschaft entwickelte, mitgetheilt. »Die Bedingungen zur Entstehung von Vorfall der Gebärmutter sind gegeben, sobald sich die Cervix über der Oeffnung im Levator ani befindet, wo sie dann der Einwirkung der Druckdifferenz zwischen Atmosphäre und intraabdominellen Druck ausgesetzt wird.« Die Bedingung ist durch Schrumpfung im Beckenbindegewebe und durch Erschlaffung des Levator ani gegeben. Durch erstere wird die Portio nach vorn fixirt, ein ätiologisches Moment zugleich für Retroflexio: sodass hiermit das gleichzeitige Auftreten beider Leiden eine natürliche Erklärung findet. Ziegenspeck glaubt nicht, dass auch nur ein Fall von Prolaps durch Erschlaffung der Bänder entsteht.

höhung des Tonus[1]) der Muskulatur des Beckenbodens, zum Theil als allgemein therapeutischer Eingriff. Es wurde in specie die sogenannte Liftung[2]) mit $1^1/_2$tägigen Unterbrechungen vorgenommen. Nach $1^1/_2$ Woche gewöhnten sich die Patientinnen an das Verfahren, das $1^1/_2$ Monat längstens fortgesetzt ward. Die Retroflexio war durch die Massage zu beseitigen. Meistens allerdings fand sich der heute physiologisch anteflectirte Uterus morgen wieder in der alten Lage! Auch eine vorübergehende Fähigkeit, den Uterus zurückzuhalten, wurde erzielt. In allen Fällen wäre die radicale Operation der einleitenden massirenden Thätigkeit gefolgt, wenn Patientinnen nicht vorgezogen hätten, »etwas gebessert« der Klinik den Rücken zu kehren! Thun sie dies aber nicht, so wird der billige Gynäkologe jenen Satz Martin's an ihnen bewahrheiten, den wir an die Spitze des therapeutischen Theils setzten, und sie operiren. Die Operation findet selbstredend stets in einer Narkose statt; bei unserem Material ward durchgehends Chloroform angewendet, da das für den Kranken ungleich angenehmere Bromäthyl, das sich in den Vereinigten Staaten schon längst Eingang verschafft hat, in Deutschland noch wenig ausser in der odontologischen Praxis beliebt ist. — Specieller Vorbereitungen für die Operation bedarf es nicht. Die allgemeinen dürfen hier als bekannt vorausgesetzt werden (Rücksicht auf die nachfolgende Betäubung in diätetischer Hinsicht; vorherige Exurese und Defäcation aus Rücksicht auf den Operateur und zur Freihaltung des Arbeitsfeldes etc.) Diejenigen Fälle (nicht unseres Materials!), in denen poliklinisch zur Operation geschritten wurde — und deren gibt es viele! — beweisen, dass indessen unter Umständen ohne alle Vorbereitung zum Nutzen der Heilungsuchenden vorgegangen werden kann. Unsere Patientinnen wurden meist 1—2 Tage ante operationem beobachtet; geringe Temperaturzunahmen, bedingt durch Furcht vor dem bevorstehenden Eingriff, Hysterie u. s. w., kamen alsdann nicht selten vor.

Was die Arten der Operation betrifft, so glauben wir, selbe hier vernachlässigen zu dürfen, da soeben eine dies Capitel

1) Auf die Wichtigkeit des Tonus des Nervmuskelapparats machte A. Schott aufmerksam. (Menorrhagieen und chronische Hyperämieen des Uteruskörpers.) — Volkmann, Samml. klin. Vortr. Nr. 161. Ser. VI. Heft 11. Gynäkologie Nr. 47. — 26. März 1879. Leipzig, Breitkopf und Härtel. S. 1243 (3).

2) Näheres über die Methode siehe bei Ziegenspeck a. a. O.

behandelnde Arbeit[1]) an der Hand nahezu des gleichen Materials, wie des unsrigen, die Presse verliess, zu welcher nur wenige Ergänzungen möglich sein werden. Wir haben es meist unter den perinäoplastischen Operationen mit Colporrhaphia anterior und posterior, Colpoperinäorrhaphie[2]) und Colpoperinäauxese zu thun; der Colp. anterior folgte die Colp. posterior meist, entweder unmittelbar oder nach einiger Zeit; ab und zu wurde die Portio mittelst Paquelin abgetragen; doppelt hufeisenförmige Anfrischung, von der vorderen zur hinteren Wand übergreifend, sodass ausser der Verengerung der jederseitigen Wundfläche ein centrales Lumen blieb, ward dreimal — nebenbei noch keilförmige Excision und Emmet — ausgeführt. Die vaginale Ligatur[3]) scheint noch nicht angewendet zu sein. Zur Vereinigung der Wundränder wurde fast regelmässig Fil de Florence, ein Mal Catgut verwendet.

Nach der Operation war im allgemeinen das Befinden der Patientinnen ein zufriedenstellendes. Um unpartheiische Beurtheilung zu ermöglichen, lassen wir in zwei Bildern einen typischen solchen Fall einem solchen mit mehr weniger grossen Uebelständen folgen. Patientin spürt am ersten Tage p. o. (= post operationem) brennende Schmerzen an der Wunde (1),[4]) die lancinirend nach der Brust ausstrahlen (Morphium!), Schmerzen im Abdomen (4), besonders bei Husten (1), ferner Kreuzweh (2), Mattigkeit (1) mit Schweisseruption (1), Kopfweh (1), eine erhöhte Druckempfindlichkeit des Unterleibs (1) — welche Schmerzen alle, nach ein paar Tagen [2—8] schwanden (18). — Der

1) Junius Paul, Zusammenstellung einer Anzahl perinäoplastischer Operationen aus der Klinik des Herrn Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Winckel. München 1891. 54 S.

2) Ueber »Perinäorrhaphie durch Spaltung des Septum rectovaginale und Lappenbildung« erschien unlängst eine Monographie Max Sänger's. (Volkmann, Samml. klin. Vorträge. Nr. 301. Ser. XI. Heft 1. Gynäkologie Nr. 85. 10. November 1887. Leipzig, Breitkopf und Härtel. 26 S. (S. 2173—2198) Dass die Perinäorrhaphie ohne wesentlichen Einfluss auf Prolapsleiden sei, hob schon H. Beigel hervor. (Die Krankheiten des weiblichen Geschlechts vom klinischen, pathologischen und therapeutischen Standpunkte aus dargestellt. II. Band. Stuttgart, Enke. 1875. S. 290.)

3) Vgl. A. Schücking, Bemerkungen über die vaginale Ligatur des Uterus bei Retroflexio und Prolapsus uteri. — Centralblatt für Gynäkologie. Band XV. 1891. Nr. 13. Vom 28. März. S. 249—251.

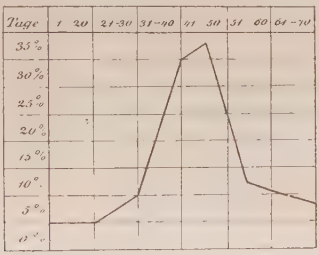
4) Die Zahlen in runden Klammern ( ) zeigen an, wie oft thatsächlich die einzelnen Symptome sich einstellten nach der Zahl der Patientinnen.

Schlaf ist die ersten Tage p. o. demzufolge schlecht (7); es werden hysterische Anfälle beobachtet (1), ein vermehrter Hustenreiz [der indess auch vorher schon vorhanden gewesen war!] (1). Leichte Fieber, bezw. subfebrile Temperaturen (3), mit täglich regelmässiger oder zweimaliger Remission, dann einmaligem Anstieg auf 39,4 und Rückkehr zur Norm (1), etwa 4 Tage anhaltend (1), oder nur unmittelbar p. o., mit einer Temperatur im Rectum von 38,6, auch 39,2 am ersten Tage p. o. (2), — oder aber ein 3 Wochen anhaltendes Fieber bis 39,2 mit täglichen Remissionen und einmaliger Höhe von 40,8 (1) störten die subjective Euphorie. Hinzukam Appetitlosigkeit (2), manchmal leichter Vomitus (6), bei welchem der Uterus wieder procidirte (1), leichte Obstipatio (5), stärkere (2), [Ol. ricin.], schmerzhafte Defäcation (1), etwas erschwerte Exurese (2) bis zur Dysurie (1), sodass der Harn mittelst Catheters entleert werden musste (4). An den äusseren Genitalien erschien ein stark übelriechender Ausfluss (3), mässiger Eiter an der Wunde (1), kleine Abscesse an den grossen Labien, die sich spontan nach einigen Tagen zurückbildeten (1), geringes Oedem der grossen Schamlippen, das ebenfalls von selbst sich bald wieder verzog (1), geringes Oedem in der Wundgegend (2) hinter der Naht von der Colp. post. Der Uterus lag p. o. retroponirt (1), auch bestand die Retroflexio fort (1).

Dem gegenüber stellen wir den Typus der brilliant verlaufenen Operation, und bitten, besonders beachten zu wollen, dass alle soeben angeführten, nichts weniger als foudroyanten Uebelstände von sehr kurzer Dauer waren, wie weiter unten aus der statistischen Zusammenstellung der Aufenthaltsdauer in der Klinik zur Evidenz hervorgeht. Patientin befindet sich 2 Tage p. o. in bester subjectiver Euphorie (2), kann sofort ohne Schmerzen sitzen, liegen, gehen (1), hat gar keine Schmerzen (1), eine leichte Druckempfindlichkeit in der Gegend oberhalb des Darmbeins (1), kein Fieber (5), einmal 39,4 (1), keine Harnbeschwerde (4), Spontandiurese 2 Tage p. o. (4), keine Stuhlunannehmlichkeiten (3), spontane Defäcation am 4. Tage (1), und ganz geringen schleimig-eitrigen Ausfluss (1); dabei liegt der Uterus antevertirt (1), retrovertirt (1) und leichten Grades retroflectirt (1), nicht mehr vorgefallen (alle »geheilt entlassenen«) und steht hoch (zahlreiche). Zweimal hatten die Nähte durchgeschnitten, aber viel öfter wurden Patientinnen auf besonderen Wunsch und noch vor völliger Reconvalescenz bei gutem Wohl-

befinden mit noch liegenden Nähten entlassen (6) — eine Frau schon am 3. Tage p. o. — Sonst wurden die Nähte ca. eine Woche bis 14 Tage nach der Operation entfernt. Bei der Entlassung zeigte die Vereinigungslinie der Wundränder feste Narbe (1), war die Vulva fast völlig geschlossen (1), der Introitus beträchtlich verengert (1) und die Vagina für nur einen (3) oder auch 2 (2) Finger passirbar; der Damm war bis zu 6 cm lang.

Am schönsten und übersichtlichsten wird der so überaus befriedigende Zustand nach der Operation und die geringe Schwere der verschiedenen Momente des Unwohlseins klar werden aus der nachfolgenden Tabelle über die Dauer des Aufenthalts der Kranken in der Klinik, aus welcher sich eine durchschnittliche Dauer von ca. 20 Tagen ergibt.




Vergleichende Tabelle der Dauer des Aufenthalts der Patientinnen in der Klinik.

| A. Gesammtdauer des Aufenthalts | | | B. Dauer des Aufenthalts nach der Operation | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tage | Fälle | Percent | Tage | Fälle | Percent |
| 1—10 | 3 | 6% | 1 - 10 | 4 | 9,3% |
| 11—20 | 12 | 24% | 11—20 | 15 | 34,9% |
| 21—25 | 10 | 20% | 21—25 | 9 | 2,9% |
| 26—30 | 7 | 14% | 26—30 | 7 | 16% |
| 31—35 | 5 | 10% | 31—35 | 1 | 2,3% |
| 36—40 | 2 | 4% | 36—40 | 1 | 2,3% |
| 41—45 | 3 | 6% | 41—45 | 1 | 2,3% |
| 46—50 | 4 | 8% | 46—50 | 2 | 4,6% |
| 51—70 | 1 | 2% | 51—70 | 2 | 4,6% |
| 71—90 | 2 | 4% | 71 90 | 1 | 2,3% |
| 91—160 | 1 | 2% | 91—160 | 0 | 0% |
| | 50 | | | 43 | |

Aus diesen Zahlen ergibt sich, dass in den meisten Fällen reunio per primam intentionem erfolgte! — An Einzelheiten aus dem Verlaufe der Zeit p. o. heben wir hervor, dass bei einer Patientin 14 Tage nach der Operation die Regel eintrat, dass eine andere 13 Tage p. o. das Bett und eine dritte 3 Tage p. o. sogar schon die Anstalt verliess! Eine Patientin stellte sich ein halbes Jahr p. o. dem Auditorium der Klinik als schwanger vor; der Uterus lag völlig normal; die früher vorhandene Inversion war verschwunden: jedenfalls ein glänzender Erfolg, da Patientin die letzten 4 Jahre gar nicht, davor, d. h. vor Eröffnung des Prolapses aber sieben Mal geboren hatte! Zuweilen stellte sich folgender Verlauf ein: nach der Operation Euphorie, kein objectiver Befund; nach etwa 3 Wochen Obstipation, die alten Beschwerden in verminderter Auflage, geringer Vorfall; zweite Operation, meist Colp. posterior, Heilung, Besserung, definitive Entlassung!

Wenn wir hier einen Augenblick innehalten und einen Rückblick auf die Resultate werfen, so dürfen wir trotz des verhältnissmässig kleinen Materials zufrieden daraus eine Gesammtprognose für das Leiden stellen, welche, wie die Nacht vom Tage, sich von den Vorhersagen der Frauenärzte noch der letzten Decennien unterscheidet. Wir wollen uns nicht in die vergilbten Darstellungen früherer Jahrhunderte vergraben, in denen nicht weniger als 19 Mal monographisch[1]) das

1) Lossius, M. I., Diss. de uteri prolapsu. Lipsiae 1666. Becke, Dav. v. d., Diss. de procidentia uteri. Hamburg 1683. Foerster, C. W., Diss. de procidentia uteri. Jenae 1684. Wedel, E. H., Diss. de procidentia uteri. Altdorf 1695. Goelicke, A. O., Disput. exhibens novum artificium curandi procidentiam uteri veram. Halae 1710. Chopart, Diss. de uteri prolapsu. Paris. Lutet 1722. Hausmann, I. I., Diss. de uteri procidentia. Vitemberg 1728. Reinick, I. E., Diss. de uteri delapsu, suppressionis urinae et subsequutae mortis causa. Gedani 1732. Sturm, I. C., Diss. de procidentia uteri. Erford 1744. Otto, C. F., Diss. de procidentiis uterinis. Vitemberg 1764. Müllner, W. I., Seltene und höchst merkwürdige Wahrnehmung von einer sammt dem Kinde ausgefallenen Gebärmutter nach einer 9monatlichen Schwangerschaft. Nürnberg 1771. Bez, F. L., Diss. Aphorism. circa sequelas ex prolapsu uteri oriundas. Heidelberg 1786. Klinge, W. I., Diss. de uteri procidentia usuque pessariorum. Gottingae 1789. Hunold, Ph., De pessariis, speciatim de quibusdam emendationibus necessariis. Marburg 1790. Klinge, W. I., Ueber den Vorfall der Gebärmutter und den Gebrauch der Pessarien. 2. Aufl. Hannover 1790. Föhr, Diss. de procidentia uteri. Stuttgart 1793. Bachmann, Diss. de procidentia uteri. Duisburg 1794. Juville, Abhandlung über die

Leiden unter seinen vielfältigen Benennungen[1]) beschrieben ward, noch die einschlägigen Capitel der alten Chirurgieen, in denen es abgehandelt wurde, extrahiren, sondern nur ein Paar Beispiele aus unserem Säculum und zwar meist aus dessen zweiter Hälfte auswählen. So schreibt 1841 Colombat von Isère:[2]) »Die Behandlung des Gebärmuttervorfalles hat nur selten einen vollständigen Erfolg,« — 1847 Kiwisch von Rotterau:[3]) »Vollständige Heilung wird nur in seltenen Fällen erreicht; die Mittel zur palliativen Cur sind theils unbequem, theils unsicher, theils schmerzhaft,« — 1852 Chiari:[4]) »Durch die Kunst wird nur selten gänzliche Heilung und auch bei weitem nicht in allen Fällen palliative Abhilfe möglich,« — 1856 West:[5]) »I think that if we consider the circumstances in which prolapsus either of the uterus, rectum, or bladder takes place, we can scarcely expect, that the result of the operation should be another than temporary,« — 1857 Scanzoni:[6]) »Der Uterusvorfall stellt ein, wenn auch an sich nicht geradezu lebensgefährliches, so doch in der Regel unheilbares und die damit behaftete Kranke in hohem Grade belästigendes Leiden dar,« — 1860 Franque,[7]) derselbe, der den Pessarien-Cultus auf die höchste Blüthe trieb — er bildet auf 5 Tafeln 67 ver-

---

Bruchbänder und andere Gebärmuttersenkungen u. s. w. Nürnberg 1800. Meissner, F. L., Der Vorfall der Gebärmutter und der Mutterscheide nebst einer geschichtlichen und critischen Beleuchtung der Pessarien. 1821. Theil 1 seines Werkes (in 3 Bänden): Die Dislocationen der Gebärmutter und Mutterscheide von Seiten etc.

1) Prolapsus, Delapsus, Procidentia, Protrusio, Praecipitatio, Hysteroptosis, Hernia uteri, Uterocele, Relachement, Abaissement, Descents, Chute, Précipitation de la matrice.

2) Behandlung der Frauenkrankheiten. Mit Anmerkungen und Erläuterungen deutsch von Siegm. Frankenberg. Leipzig 1841. S. 119.

3) Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechts. I. Abth. Die Krankheiten der Gebärmutter mit Einschluss des Puerperalfiebers. 2. Aufl. Prag 1847. § 71. S. 148—149. 4. Aufl. Edid. Scanzoni. Prag 1854. § 71. S. 190 dieselben Worte.

4) XVI. Beitrag in: Chiari, Braun und Spaeth, Klinik der Geburtshülfe und Gynäkologie, Erlangen [1852—]1855. S. 384.

5) Lectures on the diseases of women. Part. I. Diseases of the uterus. London 1856. Lecture VIII. S. 189.

6) Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Wien 1857. S. 114.

7) Otto v., Der Vorfall der Gebärmutter in anatomischer und klinischer Beziehung. Würzburg 1860. (Habilitations-Schrift.) S. 16. (Tab. III—VIII)

schiedene Instrumente ab —: »Die Prognose beim Gebärmutter-Vorfall ist im allgemeinen stets als eine ungünstige auszusprechen, weniger wegen der absoluten Tödtlichkeit des Uebels, als wegen seiner schweren, in den meisten Fällen selbst unmöglichen Heilbarkeit.« Nur selten wird das Leiden als harmlos hingestellt, wie dies E. von Siebold[1]) mit den Worten that (1811): »Immer ist es eine grosse Ungemächlichkeit, mehr weniger gefährlich.« — Solchen Aeusserungen gegenüber stellen wir Sonntag's[2]) 92,1% Heilungserfolge aus der Freiburger Klinik der letzten Paar Jahrzehnte, welcher Ziffer diejenige aus dem Münchener Spital fast gleichkommt. Dass noch bis in die 60er Jahre solch heute unbegreifliche Prognosen gestellt werden konnten, datirt zum Theil von der hochmüthigen Reserve, welche man den Reformatoren auf dem Gebiete chirurgischer Gynäkologie entgegentrug. Denn schon 1856 operirte jener grosse Mann, dem, wenn er auch nicht der allererste war, die Reform zu danken ist, und 1860 erschien sein epochemachendes Werk bereits in deutscher Uebersetzung:[3]) wir meinen Marion Sims.

Es erübrigt noch, mit einigen Worten der Nachbehandlung, welche zum Theil schon im vorhergehenden erwähnt wurde, zu gedenken. Dazu gehört zur Schonung der Bauchpresse Catheterisirung, Erleichterung der Defäcation durch Evacuantien, Reinhaltung der Wundgegend. Als Nachoperation im engeren Sinne des Wortes — wir verstehen darunter nicht die der anterior folgende Colp. posterior — haben wir nur 2 Fälle zu registriren: im einen wurde angefrischt, und im anderen die Operation ausgedehnter wiederholt. Recidive coincidirten zwei Mal mit Eintritt der Regel; im übrigen waren sie durch anderweitige, nicht unmittelbar mit dem Vorfall organisch zusammenhängende Accidentien (Ovarialtumoren z. B.) bedingt.

Ein besonderer Fall finde zum Schluss hier nähere Beschreibung: 14 Tage p. o. zeigte sich im hinteren Wundwinkel

1) Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmerkrankheiten. I. Band. Frankfurt a/M. 1811. § 817. S. 554.

2) Plastische Operationen zur Wiederherstellung des gerissenen Dammes und zur Heilung der Vorfälle. Nr. 11 in: Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie. Stuttgart 1889. S. 259.

3) Dr. I. Marion Sims's, vormaligen Arztes am Frauen-Hospitale zu New-York, Mitgliedes etc. Klinik der Gebärmutter-Chirurgie mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der Sterilität. Deutsch von Dr. H. Beigel. Erlangen 1866. (S. 229.) V. Abschnitt.

eine kleine nicht ganz linsengrosse Oeffnung, die mit der Vagina communicirte und so langsam heilte, dass sie mehrfach mit Lapis geätzt werden musste und die Entlassung der Patientin über den Durchschnitt hinausschob. Auch am Tage derselben bestand sie noch in Stecknadelkopf-Grösse; man konnte mit der Sonde durch sie in die Scheide gelangen; 14 Tage später, als die letzten Nähte entfernt wurden, bestand diese Scheidendammfistel noch und wurde in der Folge behandelt und mit zufriedenstellendem Resultate geheilt. —

Da von Junius (l. c. p. 36 sqq.) dieselben Fälle zum grössten Theile, welche unseren Betrachtungen zum Anhaltspunkte dienten, in übersichtlicher tabellarischer Form soeben zusammengestellt sind, haben wir von einer solchen Darstellung Abstand nehmen zu dürfen geglaubt.

Herrn Geheimen Medicinalrath Prof. Dr. Franz Winckel sprechen wir für die gütige Ueberlassung des Materials zu dieser Arbeit sowie freundliche Rathschläge bei Fertigstellung derselben unseren verbindlichsten Dank aus!

München, April 1891.